

宜蘭縣特殊教育身心障礙類學生鑑定證明補發 申請書

填表日期：____年____月____日

學生姓名		身分證統一 編號	
原鑑定 特殊教育類別		出生日期	____年____月____日
畢業學年度		國中階段 就學學校	
目前就讀學校			
申請補發原因	<input type="checkbox"/> 遺失 <input type="checkbox"/> 其他(說明：_____)		
申請人簽章 <small>(學生本人/學生家長/ 學生法定監護人)</small>		申請人 聯繫電話	
申請結果審核	<input type="checkbox"/> 同意補發 <input type="checkbox"/> 其他，說明：	鑑輔會 核章	

※本單請填妥後，請親送或郵寄至本縣鑑輔會。(可先傳真再補正本)

宜蘭縣鑑輔會

- 電話：(03)9312385
- 傳真：(03)9312386
- 地址：26049 宜蘭市民權路一段 36 號